



# POPULAÇÃO DE RISCO E PROTEÇÃO SOCIAL: o apoio social em nascimentos prematuros

Valdomiro José de Souza

Inicialmente há que considerar que vulnerabilidade e risco andam de mãos dadas. Quase sempre os vulneráveis estão sujeitos a riscos. Os matizes filosóficos da vulnerabilidade e do risco nos remetem para duas categorizações: há os riscos intrínsecos e os extrínsecos. Os primeiros dizem respeito à realidade existencial e frágil da condição humana, que a coloca suscetível há doenças, perturbações, idade avançada e até à morte. Para estes, a capacidade de intervenção humana conta com limitados recursos. Os riscos extrínsecos relacionam-se com a realidade socioeconômica e histórica dos indivíduos e apresentam a face mais cruel da vulnerabilidade e do risco, pois quase sempre são resultantes de injustiças sociais, tais como: a pobreza, a ausência do conhecimento e de assistência social e as endemias, entre outros. São igualmente exemplos de vulnerabilidade e risco os nascimentos de crianças prematuras.

Entende-se por prematuro o neonato cujo nascimento ocorreu antes da 37ª semana de gestação. Os nascimentos prematuros criam preocupantes desafios. Um primeiro, diz respeito ao aumento na taxa de mortalidade infantil. Um segundo, à qualidade de vida destas crianças e da sua família e, por fim, o impacto nos custos hospitalares em decorrência dos longos períodos de internações. Como a prematuridade está ligada à gestação e ao nascimento, a busca por fatores predisponentes relacionados à gestante torna-se importantes fontes para se compreender melhor este problema. Sendo que as causas conhecidas até o presente momento são multifatoriais, não se pode deixar de considerar as condições socioeconômica, biológica e comportamental das mães.

A experiência da prematuridade pode ser traumática para a mãe, pois esta poderá apresentar comprometimento futuro na sua qualidade de vida, além de sentimentos de medo, frustração e culpa.

A gravidez e a maternidade são experiências femininas que se inserem dentro do processo de caminhada existencial do ser humano, vivenciado intensamente pela mulher. Não é somente um processo biológico, produtor de transformações e transtornos corporais na gestante, mas envolve um universo de representações e significados. Há um natural medo no processo gestacional e também no parto, principalmente quando a gestante é *primigesta*. Quando a gravidez é de risco o medo se agudiza com a possibilidade de complicações obstétricas, a perda da criança ou sequelas.

A frustração pode decorrer de um processo que parece ser ritual. É de se notar que os ritos pedem ações que naturalmente não deveriam ser alterados. No caso dos nascimentos prematuros,



algumas etapas não se concatenam da forma imaginada. A urgência com que ocorre o nascimento e a longa permanência da criança em internação hospitalar frustram uma normalidade esperada e que perdurava no imaginário da gestante, como: preparativos para o nascimento; o acolhimento pelo serviço de saúde quando chegasse a hora de dar à luz; o parto planejado; a internação hospitalar breve; o acolhimento pela família; os ritos de apresentação pública, como os religiosos ou outros eventos sociais.

O descontrole ritual, como acima elencado, e as circunstâncias, algumas vezes dramáticas vividas pelas mães, podem evocar questionamentos sobre a origem da prematuridade. Como as causas permanecem, ainda, desprovidas de respostas científicas definitivas, podem aflorar questionamentos sobre a culpabilidade da mãe. Podem emergir sentimentos como de remorso por não se ter aceitado a gravidez, não ter se cuidado durante o período gestacional e de ter comportamentos inadequados durante a gestação.

Para o atendimento das crianças prematuras foram criados ambulatorios de acompanhamento de crianças de alto risco. Nesse sentido há todo um aparato médico assistencial para cuidar da criança. No entanto, pergunta-se: e das mães com os seus sentimentos, quem cuida? Nesse contexto far-se-ia necessário pensar, então, em apoio social às gestantes em risco e às mães que deram à luz uma criança prematura. O apoio social, quase sempre, é dado mais prontamente pela família. Contudo, há outras necessidades que não podem ser supridas pela mesma, fazendo-se necessária, então, uma rede de apoio.

Admitindo que os nascimentos prematuros sejam resultantes de problemas com origem multifatorial - envolvendo componentes biológicos, socioeconômicos e até comportamentais - os esforços por mitigá-los precisariam avançar para além do pré-natal ou de uma terapêutica de postergação do parto. De tal maneira que o atendimento, além de não descuidar dos protocolos estipulados pela boa prática médica, deveria comportar questionamentos sobre o *locus* da gestante. Este entendido como ambiente e condição existencial em que a mesma esteja inserida. Dessa maneira, os serviços de saúde não deveriam deixar de se interessar por sua habitação, seus sentimentos, suas dúvidas, seus hábitos, suas práticas e até suas dependências, suplantando um modelo ainda fortemente biomédico e ultrapassando os limites físicos das unidades de saúde.

Os serviços de saúde e de assistência social necessitariam identificar formas de ajudar as gestantes de risco e as mães quando dão à luz precocemente. Uma possibilidade seriam as redes de apoio para que houvesse um atendimento diferenciado e globalizante, principalmente para as mães mais vulneráveis. Isso poderia resultar no empoderamento da mesma para lidar com a realidade vivida. Dessa maneira, os apoios poderiam vir dos mais variados segmentos sociais, como o institucional, o pessoal e o coletivo, que incluiriam, por exemplo: o poder público, os profissionais da saúde, as organizações não-governamentais, as associações filantrópicas, as universidades e,



por fim, mas não circunscrevendo a gama de possibilidades, as igrejas de variados credos e, ainda, os segmentos motivados por filosofias de vida.